



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

CON MENCIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**“INFLUENCIA DEL SÍNDROME BURNOUT EN LA CALIDAD DE VIDA DEL
PERSONAL SANITARIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL DISTRITO
10D02 AÑO 2021”**

**Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Magister en Salud Pública
mención en Enfermería Familiar y Comunitaria**

AUTORA:

Carlosama Sarmiento Paola Estefanía

DIRECTOR:

Dr. Jara Albán Edison Ramiro

ASESOR:

Msc. Revelo Villarreal Sonia Dayanara

IBARRA - ECUADOR

2021

DEDICATORIA

Con toda la humildad que mi corazón puede emanar el presente trabajo se lo quiero dedicar primeramente a Dios ya que me ha brindado la oportunidad de seguir adelante, otorgando salud y fortaleza para no decaer en los momentos más difíciles y así culminar con éxito una etapa más en mi vida profesional.

A mis padres Ramiro Carlosama y Mery Sarmiento por haber forjado la persona que soy en la actualidad, por creer en mi capacidad de nunca rendirse y estar a mi lado, vuestro apoyo incondicional y entrega total con su labor de padres, siempre me ha motivado a cumplir mis anhelos, sin Ustedes no lo habría logrado; su bendición a diario a lo largo de mi vida me da protección llevando por el camino del bien, muchos de mis logros se los debo a Ustedes, gracias por su amor y paciencia

A mi amada hija, Brittany, por ser la persona que me impulsa a salir adelante, mi mayor motivación, gracias a tu presencia quiero ser cada día mejor, tal vez aun no entiendas el poder que tienes en mi vida para dirigirme a buscar maneras de mejorar tanto personal como profesionalmente, desearía que vieras en mi un ejemplo, entiendas que si te propones algo se puede lograr con mucho esfuerzo y dedicación, hija mía quiero que sepas que Te amo y te agradezco por enseñarme lo maravilloso de la vida, este es un logro que se suma para nuestro futuro, amor mío.

A mis hermanos Jhon y Henry, quienes sin esperar nada a cambio han sabido brindar apoyo, con palabras de aliento para que siga adelante, siempre sea perseverante y cumplir mis ideales, mi pequeño sobrino Sebastián, con tu llegada llenaste nuestros corazones y alegraste aún más nuestras vidas, Gracias a todos los llevo siempre en el corazón.

Paola Estefanía Carlosama Sarmiento

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, bendecir cada uno de mis pasos hasta llegar a concluir una meta anhelada en mi vida, a mi familia por apoyarme en cada decisión, a mi hija por darme aliento para no rendirme. El camino no ha sido fácil, pero gracias a sus aportes, su amor, su comprensión y su apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, mi alma mater, una Institución como la suya merece el reconocimiento, por darme la oportunidad de seguir creciendo como profesional en sus aulas

Al INSTITUTO DE POSGRADOS y a los profesionales que lo conforman pues las oportunidades brindadas son innumerables, la calidad humana y sus valiosos conocimientos han hecho que pueda crecer como profesional y ser humano.

A mi director de tesis, Dr. Ramiro Jara, quien con su sabiduría, paciencia y entrega ha hecho posible la culminación de este trabajo de investigación con éxito; agradezco por la confianza, por motivarme a seguir adelante en la ejecución del presente trabajo.

De la misma manera agradezco a las autoridades y personal que conforman el Distrito 10d02 Antonio Ante – Otavalo, por confiar en mí, brindándome las facilidades y colaboración para poder realizar este proyecto tan anhelado

Y a todas las personas que me aprecian y que de una u otra forma han sido parte de este objetivo académico, les doy las gracias por impulsarme a seguir adelante y ser cada día mejor

Paola Estefanía Carlosama Sarmiento

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100408870-2		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Carlosama Sarmiento Paola Estefanía		
DIRECCIÓN:	Atuntaqui- Barrio "La Merced" Calles Santa Bertha y Bolívar		
EMAIL:	pao-carlosama1@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	06 2 617978	TELÉFONO MÓVIL:	0986279843

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	"Influencia del síndrome burnout en la calidad de vida del personal sanitario del primer nivel de atención del distrito 10d02 año 2021"
AUTOR (ES):	Paola Estefanía Carlosama Sarmiento
FECHA: DD/MM/AAAA	2021/10/28
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Magister en Salud Pública Mención Familiar y Comunitaria.
ASESOR /DIRECTOR:	Msc. Sonia Dayanara Revelo Villarreal /Dr. Jara Albán Edison Ramiro

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 28 días del mes de octubre de 2021

EL AUTOR:

(Firma).....

Nombre: Carlosama Sarmiento Paola Estefanía.

Conformidad con el documento final

Ibarra, 29 de Agosto del 2021

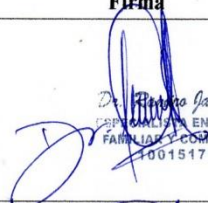

Dr (a) Lucía Yépez
Directora (a)
Instituto de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor (a) Director (a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado "Influencia del Síndrome Burnout en la calidad de vida del personal sanitario del primer nivel de atención del Distrito 10d02 año 2021" del/de la maestrante Paola Estefanía Carlosama Sarmiento, de la Maestría de Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutor/a	Dr. Jara Albán Edisson Ramiro	 Dr. Edisson Jara Albán ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 0001517133
Asesor/a	Msc. Sonia Dayanara Revelo Villarreal	

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD	
TÉCNICA DEL NORTE	iv
Conformidad con el documento final	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
INDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	xi
ABSTRAC	xii
Problema de Investigación	1
Planteamiento del problema	1
Antecedentes	3
Objetivos	6
General.....	6
Objetivos Específicos	6
Justificación.....	7
Marco Teórico.....	9
Estrés	9
Síndrome de Burnout.....	9
Agotamiento emocional,	9
La despersonalización,	9
La baja autoestima profesional,	10
Factores de riesgo relacionados con el burnout.....	10
Relación de Burnout y personal sanitario.....	11

Manifestaciones del síndrome	11
Impacto del Síndrome de desgaste profesional	12
Medidas preventivas del síndrome	13
Definición de calidad de vida	14
Dimensiones de la calidad de vida	14
Calidad de vida relación sanitaria.....	15
Dimensiones de la Calidad de vida Relacionada con la Salud.	15
Factores intervinientes en la calidad de vida en el trabajo	16
Primer nivel de atención.....	18
Caracterización del primer nivel.....	18
Recursos Humanos del Primer Nivel	18
Marco Legal y Ético.	19
Constitución de la República 2008.....	19
Dentro del Régimen del Buen vivir	20
Ley Orgánica de Salud	22
Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 Toda una vida	23
Marco Metodológico.....	24
Contexto:	24
Diseño de Investigación.....	24
Tipo de Investigación	24
Población	25
Muestra	25
Criterios de Inclusión	26
Criterios de Exclusión	26
Métodos de Investigación.....	26

Técnicas.....	26
Instrumentos	26
El Cuestionario.....	26
Procesamiento de la Información.....	31
Consideraciones bioéticas	32
Código de ética y conducta profesional OMS	32
Principios éticos de Belmont:	32
Declaración de Helsinki.....	33
Código de CIOMS	34
Pauta 4. Consentimiento informado individual:	34
Consentimiento Informado	34
Resultados	35
Análisis y Discusión.....	35
Conclusiones y Recomendaciones	54
Conclusiones	54
Recomendaciones.....	56
Referencias Bibliográficas	58
Apéndices.....	64
Apéndice 1. Operacionalización de variables	64
Apéndice 2. Solicitud para realización de trabajo de investigación.....	72
Apéndice 3. Aprobación para la aplicación del instrumento en la Institución.....	73
Apéndice 4. Consentimiento Informado por medio Google Forms.	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Signos de alarma para el Síndrome de Burnout.....	11
Tabla 2. Categorías de la Escala de Maslach.....	27
Tabla 3. Puntuación de la escala de Maslach.....	27
Tabla 4. Características Principales del Cuestionario de Salud SF 36.	29
Tabla 5. Significado de los Resultados del Cuestionario SF 36	30
Tabla 6. Parámetros de evaluación del Cuestionario SF 36.....	31
Tabla 7. Descriptivos de las Características Sociodemográficas de la muestra	35
Tabla 8. Nivel del Síndrome de Burnout en el personal de salud.....	37
Tabla 9. Distribución de los niveles altos de las categorías del Síndrome de Burnout por profesional.....	39
Tabla 10. Niveles altos del Síndrome de Burnout en relación al género	40
Tabla 11. Niveles altos Síndrome de Burnout en relación a la Etnia	41
Tabla 12. Niveles altos del Síndrome de Burnout en relación al estado civil	42
Tabla 13. Niveles altos de dimensiones del Síndrome de Burnout en relación al número de hijos.....	43
Tabla 14. Niveles altos de las dimensiones de Burnout en relación a grupos de edad	44
Tabla 15. Niveles altos de las dimensiones de Burnout en relación a la zona de residencia...45	
Tabla 16. Calidad de vida en el personal de salud.	46
Tabla 17. Calidad de vida de acuerdo a la profesión	47
Tabla 18. Calidad de vida en relación a grupos de edad.....	48
Tabla 19. Calidad de vida en relación a la etnia.	49
Tabla 20. Calidad de vida en relación al género.....	50
Tabla 21. Calidad de vida en relación al número de hijos.	51
Tabla 22. Calidad de vida en relación al estado civil.	52
Tabla 23. Calidad de vida en relación a la zona de residencia del personal de salud.....	53

RESUMEN

Influencia del Síndrome Burnout en la calidad de vida del personal sanitario del primer nivel de atención del Distrito 10D02 año 2021.

Autor: Carlosama Sarmiento Paola Estefanía

Correo: pao-carlosama1@hotmail.com

Los profesionales de salud se exponen a un riesgo emocional y físico constante ya que se encuentran sometidos a un proceso laboral intenso al estar en contacto permanente con pacientes y su convivencia con el sufrimiento, la crueldad, la pobreza, el dolor, y la muerte. Dentro de los riesgos laborales uno de los más importantes es el Síndrome de Burnout; siendo una de las principales causas del deterioro de la calidad de vida, condiciones de trabajo y ausentismo. El objetivo de esta investigación es evaluar la Influencia del Síndrome Burnout en la calidad de vida del personal sanitario del primer nivel del Distrito 10D02 mediante la caracterización de la población, determinación de la presencia del Síndrome de Burnout e identificación de la calidad de vida, así mismo proponiendo una estrategia de prevención. Se ha hecho un estudio cuantitativo tipo descriptivo, observacional y de corte transversal, tomando una muestra de 188 profesionales entre Médicos, Enfermeras, Técnicos de Atención primaria de Salud, Psicólogos, Obstetras y Odontólogos. Para la recolección de información se aplicó el test de Maslach Burnout Inventory validado y estandarizado para valorar el nivel de estrés al que están expuestos en su lugar de trabajo y el cuestionario de Salud SF- 36 para conocer la calidad de vida de los mismos profesionales. Los principales resultados demuestran la presencia de niveles altos del Síndrome de Burnout en el 25% de la población en estudio, siendo los médicos, de género masculino, solteros, sin hijos, menores de 30 años, residentes en la zona rural los más afectados. En cuanto a la calidad de vida el mismo porcentaje del 25% afectado por el Síndrome percibe la calidad de vida entre regular y mala. Así concluimos la existencia de la influencia de Burnout en la calidad de vida de los profesionales pertenecientes al Distrito 10D02.

Palabras claves: Influencia, Burnout, Calidad de vida, Primer Nivel de Atención

ABSTRAC

Influence of Burnout Syndrome on the quality of life of health personnel at the first level of care in District 10d02 year 2021.

Autor: Carlosama Sarmiento Paola Estefanía

Correo: pao-carlosama1@hotmail.com

Health professionals are exposed to constant emotional and physical risk since they are subjected to an intense work process by being in permanent contact with patients and their coexistence with suffering, cruelty, poverty, pain, and death. One of the most important occupational risks is the Burnout Syndrome; being one of the main causes of the deterioration of the quality of life, working conditions and absenteeism. The objective of this research is to evaluate the Influence of the Burnout Syndrome on the quality of life of the first level healthcare personnel of District 10D02 by characterizing the population, determining the presence of the Burnout Syndrome and identifying the quality of life, as well himself proposing a prevention strategy. A descriptive, observational and cross-sectional quantitative study was carried out, taking a sample of 188 professionals among Doctors, Nurses, Primary Health Care Technicians, Psychologists, Obstetricians and Dentists. To collect information, the validated and standardized Maslach Burnout Inventory test was applied to assess the level of stress to which they are exposed in their workplace and the SF-36 Health questionnaire to know the quality of life of the same professionals. The main results show the presence of high levels of Burnout Syndrome in 25% of the study population, being doctors, male, single, without children, under 30 years old, residents in rural areas, the most affected. Regarding the quality of life, the same percentage of 25% affected by the Syndrome perceive the quality of life between fair and poor. Thus we conclude the existence of the influence of Burnout on the quality of life of professionals belonging to District 10D02.

Key Words: Influence, Burnout, Quality of life, Primary health care.

TEMA:

“Influencia del Síndrome Burnout en la calidad de vida del personal sanitario del primer nivel de atención del Distrito 10d02 año 2021”.

Problema de Investigación

Planteamiento del problema

El estrés es un fenómeno reconocido socialmente, por lo general atribuido a una actividad laboral; es definido como “procesos perceptuales y cognitivos que producen secuelas físicas o psicológicas” (Peirò, 2014); cabe recalcar que la salud y los riesgos ocupacionales en el trabajo, “además de cobrar importancia desde el punto de vista de macroeconomía y del bienestar de los trabajadores, adquiere importancia en el ámbito de la economía globalizada” (Gutiérrez Strauss & Vilorio, 2014)

Desde décadas anteriores se ha considerado que el trabajo del personal de salud ocasiona fuentes de estrés que perjudican el estado de salud físico y mental; sin embargo al Síndrome de Burnout se lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (Saborío Morales & Hidalgo Murillo, 2015)

En el año 2000, La OMS (Organización Mundial de la Salud , s.f.) Declara al síndrome como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre.

El informe sobre la salud en el mundo elaborado por la O.M.S. en el año 2000 señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, y para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio.

Se recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran rápidamente. Según la O.M.S., los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. (Gil Monte P. R., 2001)

A nivel de Latinoamérica se observa que la frecuencia del Síndrome osciló entre 2.1% y 76%:

“En estudios realizados por (Díaz Bambula & Gomez, 2016) se observó que, en atención primaria, hay un exceso de demanda laboral y no existen medidas para prevenirlo”, los cuales son factores que contribuyen al aumento en la frecuencia del Síndrome de Burnout. (págs. 114-131)

Pero el problema va más allá debido a este síndrome los profesionales que lo sufren por el agotamiento que este produce va a entregar un servicio deficiente a los pacientes, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas.

A nivel de Ecuador según estudios de la Universidad Santiago de Compostela la prevalencia del Síndrome de Burnout fue de elevada, afectando a un 36.4% del personal médico y de enfermería pertenecientes al sistema de salud pública y privada de las 24 provincias a nivel nacional (Ramírez Zhindón, 2015).

A pesar de la gravedad de este síndrome y sus repercusiones, el fenómeno del Burnout y su relación con la calidad de vida no ha sido estudiada en los diferentes profesionales de la salud del primer nivel de atención; de esta necesidad surge la importancia de la presente investigación, que tiene por objetivo determinar la influencia del Burnout en la calidad de vida de los profesionales que trabajan en el nivel primario de atención.

Se ansia obtener beneficios directamente sobre los profesionales mediante la búsqueda de acciones necesarias para prevenir este síndrome que afecta directamente a la Salud Física y Mental de los trabajadores y a la misma organización, además haciendo hincapié en la realidad que estamos atravesando ya que el Sistema Nacional de Salud se mantiene en una constante adecuación en el entorno laboral, debido a la emergencia sanitaria generada por una enfermedad poco conocida en cuanto a eficacia de tratamiento se refiere

(SRAS-CoV-2 o CoV-19); que ha ocasionado enormes repercusiones para la humanidad, pero más que nada en el ámbito de la salud dado que este no se encuentra preparado y por ello este se ha visto frágil y a punto de colapsar en diversas ocasiones.

El personal sanitario que comprende el primer nivel de atención enfrenta niveles de estrés altos y más aún en los últimos meses pues el aumento de la presión, temor, la falta de conocimiento, recursos e impotencia ante esta emergencia está afectando de sobremanera a la calidad y el estilo de vida, ya que por ser el primer nivel de atención la afluencia de pacientes con estas afecciones es mayor.

Antecedentes

No hay una extensa variedad de estudios relacionados a la Influencia del Síndrome Burnout en la calidad de vida del profesional del primer nivel de atención, sobre todo en el Ecuador; sin embargo, se analizaron varios estudios similares:

(Vidotti et al., 2019) Realizó un estudio transversal sobre el síndrome de Burnout, el estrés laboral y la calidad de vida de trabajadores de enfermería tomando como referencia a 502 profesionales de un hospital de la región sur de Brasil cuyo objetivo fue analizar la ocurrencia del síndrome de Burnout y su relación con el estrés laboral y la calidad de vida entre trabajadores de enfermería; en donde la ocurrencia del síndrome de burnout fue del 20,9% y sus dimensiones estaban relacionadas con la alta demanda laboral, el bajo control sobre el trabajo, el poco apoyo social recibido en el trabajo, menores percepciones de la calidad de vida física, psicológica, de las relaciones sociales y del medio ambiente; llegando a la conclusión de que el síndrome de Burnout se encuentra directamente relacionado con altos niveles de estrés y la percepción negativa de la calidad de vida de los trabajadores de enfermería; por lo tanto, en ese sentido el estudio demuestra que los factores de estrés desencadenan la enfermedad de muchos trabajadores de enfermería, siendo estos la principal

causa de ausentismo e incapacidad laboral (Vidotti, Galdino, Quina Ribeiro, Perfeito, & Lucia do Carmo, 2019, págs. 344-376)

(Salgado Roa & Lería Dulčić, 2019) Ejecutaron un estudio titulado Burnout, satisfacción y calidad de vida laboral en funcionarios de la salud pública en el cual se enfocaron en analizar la asociación entre Síndrome de Burnout (SB), Satisfacción Laboral (SL) y Calidad de Vida Profesional (CVP), y algunas variables socio laborales; obteniendo que un 10% de los trabajadores percibió altos niveles de Síndrome de Burnout (SB), Satisfacción Laboral (SL) y Calidad de Vida Profesional (CVP) satisfactorias; un 88,8% medio/moderado, el 33,5% de la variabilidad del Cansancio Emocional; y se plantean buenos predictores del Síndrome de Burnout. Los datos reflejan una prevalencia media/moderada de Síndrome de Burnout, que puede ser entendida a la luz de la influencia insidiosa del síndrome. La edad cronológica y el estado civil se plantean como factores protectores; La evidencia sugiere que la organización juega un papel importante en la determinación de los riesgos de salud asociados al SB, (Salgado Roa & Lería Dulčić, 2019)

Se llevó a cabo por (Contreras et al., 2018). Un estudio sobre la Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería con el propósito de evaluar la influencia del síndrome de Burnout y la calidad de vida, así como las variables socioeconómicas, en los estilos de afrontamiento utilizados por 71 trabajadores de la salud; de acuerdo con los resultados, la presencia de Burnout fue baja (77,5% sin Burnout), pero la calidad vida estuvo reducida en las dimensiones de vitalidad, dolor corporal y salud general. Las estrategias más utilizadas para el afrontamiento fueron: la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva; De esto ha dependido el incremento en la calidad de vida y la reducción en la severidad de los síntomas de Burnout; tomando en cuenta que el género femenino, tener menor edad y ser enfermera son predictores significativos del

incremento en el uso de todas las estrategias de afrontamiento, especialmente la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva. (Contreras T, Juárez A, & Murrain K, 2018)

(Caballero et al., 2017). Llevaron a cabo una investigación sobre Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá en él se quiso observar si existe relación entre estos constructos; se realizó bajo un diseño descriptivo, correlacional con fines predictivos, aplicados a 62 trabajadores asistenciales; mostrando una severidad alta y moderada del síndrome en el 38.7% de los participantes; no obstante, el alto nivel de realización personal unido a la motivación intrínseca constituyó un factor protector ante la alta carga laboral y el escaso apoyo directivo. La fatiga emocional correlacionó directamente con la carga laboral e inversamente con la motivación intrínseca. Mediante la realización de este estudio se resalta la importancia de una gestión más eficiente y una dirección más centrada en las personas en las instituciones de salud, confirmando así que las condiciones laborales de los trabajadores del área de la salud, constituyen factores determinantes en la presentación de alguna de las dimensiones del síndrome de Burnout, afectando la calidad de vida laboral. (Caballero Pedraza, Vega Chávez, Contreras Torres, & Gómez Shaikh, 2017)

Benalcázar (2017), realizó un estudio sobre Síndrome de Burnout, en el personal de enfermería del primer nivel de atención en salud Distrito 10D01 en el cual se aplicó la escala de Maslach Burnout Inventory para medir el grado de estrés; con lo que se ha llegado a las conclusiones que los profesionales de enfermería presentan un nivel intermedio en las dimensión agotamiento emocional (57,33%), un nivel bajo en despersonalización (41%) y el (56%) un nivel alto en realización personal, donde el factor de mayor importancia del estrés es el psicológico. Es evidente el nivel de estrés que tiene los profesionales de enfermería, a

causa de los factores como el ambiente laboral, las relaciones interpersonales, la demanda de pacientes lo que predispone al profesional a padecer Burnout (Benalcázar Ávila , 2017)

Los artículos antes mencionados han sido realizados teniendo como problemática al Síndrome Burnout sobre la calidad de vida de los profesionales de salud, evidenciando que existe una prevalencia media/moderada de Síndrome Burnout, que puede ser entendida a la luz de la influencia insidiosa sobre la calidad de vida; a más de eso la existencia de factores psicosociales , por mencionar unos como ambiente laboral, organización de las instituciones, derechos y deberes laborales, cargas laborales excesivas, entre otros, que giran en torno de los profesionales y hacen aún más evidente la disminución en la calidad de vida de estos; los estudios han utilizado en su mayoría una metodología de investigación con diseño cuantitativo, transversal, de tipo descriptivo, utilizando como técnica la encuesta y un instrumento como cuestionarios con preguntas cerradas preestablecidas y aprobadas internacionalmente; así estas investigaciones ayudan al desarrollo del trabajo y sirven como guía para diseñar el modelo de recolección de información; ya que establecen estrategias que se encaminan a mejorar la calidad de vida y su capacidad de afrontamiento ante el Síndrome de Burnout.

Objetivos

General

Evaluar la Influencia del Síndrome Burnout en la calidad de vida del personal sanitario del primer nivel del distrito 10d02

Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente al personal sanitario en estudio.
- Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud mediante Maslach Burnout Inventory.

- Identificar la calidad de vida de los profesionales de atención primaria pertenecientes al distrito 10d02 mediante el Cuestionario FS 36.
- Generar una estrategia para disminuir el estrés en el personal del primer nivel

Justificación

El síndrome de Burnout se presenta principalmente en personas que trabajan prestando asistencia a otros; el presente estudio permitirá conocer cómo influye este síndrome en la calidad de vida del personal sanitario que forma parte del primer nivel de atención; en el escenario actual existe la necesidad del estudio, ya que los procesos de estrés, desgaste profesional y salud mental han aumentado debido a la llegada de SARS-CoV-19.

Diversos estudios elaborados en otros países se han percatado que la presión sobre el personal de salud presenta altos índices de desgaste profesional y en la realidad que actualmente viven los profesionales de salud es de alto riesgo, el nivel de estrés o agotamiento laboral es incluso más notorio y no existen estudios enfocados en la atención primaria sabiendo que es la puerta de entrada al sistema de salud, y esto consiste en llevar la atención integral lo más cerca posible al paciente, ya sea a su comunidad, a su trabajo, o a donde lo requieran.

Los prestadores de salud que sufren este síndrome disminuyen su calidad de atención y se despersonalizan a sus pacientes; será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas; lo que es contradictorio que mientras se busca mejorar la atención hacia la población las medidas resulten negativas para el mismo.

En este estudio los beneficiarios directos son el personal sanitario que pertenecen a la primera línea de defensa en atención primaria, la casa de salud y sus trabajadores, la familia y los pacientes que acuden por prestaciones de salud, porque con la realización de esta investigación se logrará obtener acciones y propuestas necesarias que estén encaminadas a

mejorar la calidad de vida y desempeño laboral para prevenir el síndrome que afecta directamente a la Salud Física y Mental de los trabajadores sanitarios y a la misma organización que enfrentan esta emergencia.

Los beneficiarios indirectos lo conformarán las instituciones públicas o privadas y la población en general, ya que se contribuirá con información verídica que demuestre la situación actual del personal sanitario, la importancia de la investigación se establece en que es un estudio valioso para el área de salud porque permite relacionar el desempeño laboral con el Síndrome del quemado que afecta de sobremanera la calidad de vida de los trabajadores y de sus servicios a la comunidad.

La investigación se realizará mediante la recopilación de datos a través de instrumentos previamente diseñados, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información, se medirán las variables y a través de operaciones de procesamiento que permitan el acceso y recopilación de datos traducirlo a un lenguaje entendible, de esta manera obteniendo los resultados esperados.

Los resultados de esta investigación contribuirán a la generación de estrategias de identificación, medición, evaluación, control y vigilancia de este tipo de riesgo dependiendo del análisis y de acuerdo a la evaluación de los factores de riesgo psicosocial (intra laboral, extra laboral, estrés) y las categorías del síndrome de Burnout dando pie a la implementación de nuevas investigaciones, artículos científicos en beneficio de la salud mental y física del personal sanitario en el primer nivel de atención.

El tema de investigación es de gran importancia social debido a que hoy en día, tanto las instituciones públicas y privadas de salud deben considerar y analizar los riesgos laborales que existen para los profesionales de salud que laboran en las instituciones con el propósito de salvaguardar la calidad de vida de los trabajadores y así mismo garantizar la prestación de servicios de la salud en el país.

Marco Teórico

Estrés

de estrés estimula el organismo y permite que este alcance su objetivo, volviendo al estado basal cuando este haya cesado; en dosis pequeñas este es benéfico, el problema es cuando este se prolonga ya que puede volverse perjudicial para la salud. (Nogareda Cuixart, 2015)

Síndrome de Burnout

“Este concepto fue utilizado en psicología por primera vez por el psicoanalista Freudenberg en el año 1970, para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios” (Jofré A & Valenzuela S, 2005)

Bianchini (1997) menciona que El Síndrome de "Burnout" es un estado emocional que acompaña a una sobrecarga de estrés y que eventualmente impacta la motivación interna, actitudes y la conducta. La mejor traducción para "Burnout" es "fundirse". (págs. 189-192)

Es la consecuencia de una situación de trabajo en la cual la persona siente como si se diera contra la pared día tras día, causando una herida en la sensibilidad y por lo cual muchos profesionales de salud terminan por crear una barrera, una especie de anestesia contra las penas de los demás.

(Viloria Marín, & Paredes Santiago, 2002) mencionan que el Síndrome está conformado por 3 dimensiones:

Agotamiento emocional, entendido como cansancio físico y/o psicológico que se manifiesta como la sensación de falta de recursos emocionales, y una pérdida de energía y entusiasmo que entorpece la estabilidad emocional. Es el núcleo central del burnout.

La despersonalización, expresada en actitudes inhumanas, negativas, frías, cínicas y duras. Se pierde la capacidad de empatizar con los demás.

La baja autoestima profesional, o baja realización profesional que surge cuando las demandas exceden las capacidades de competencia y eficacia. Se traduce en una progresiva desvalorización de sí mismo y de los demás, carencia de expectativas laborales y una generalizada insatisfacción.

Factores de riesgo relacionados con el burnout

(Vega et al. 2009) argumenta que:

Las complejas interacciones del individuo y su trabajo y la relación del síndrome de desgaste profesional con ellas se pueden establecer mejor en un modelo de persona/trabajo que se enfoca en el grado de sincronía o asincronía entre la persona y los siguientes seis dominios en su ambiente laboral:

- **Carga de trabajo:** sobrecarga y clase de trabajo, relacionados directamente con el componente de cansancio del síndrome.
- **Control:** insuficiente control de los recursos necesarios para efectuar el trabajo, relacionado directamente con la baja realización personal.
- **Recompensa:** en términos de salario o reconocimiento social y organizativo de la labor efectuada, relacionado directamente con la baja realización personal.
- **Colectividad:** sentido positivo de conexión con otros en su trabajo, apoyo social, respeto y ausencia de conflictos en el mismo.
- **Justicia:** sensación de injusticia en el trabajo; incluye desigualdades en salario, tipo y cantidad de trabajo, trampas y ascensos o promociones inmerecidas; repercute en el cansancio emocional y aumenta el sentido de cinismo.
- **Valores:** efectuar labores no éticas o en contra de la propia escala de valores. Igualmente, incluye el trabajo en una organización donde existan conflictos de

valores (búsqueda de la calidad y permanente reducción de costos, por ejemplo). (págs.138-146)

La permanente exposición a estas seis áreas, condicionan a la aparición del desgaste profesional, sin embargo, esto también depende de las percepciones de bienestar o no del individuo; de esta interacción dependerá la ausencia o presencia de la entidad.

Relación de Burnout y personal sanitario

Bianchini Matamoros (1997) hace referencia a que una de las razones por la que el síndrome se presenta en el personal de salud es, sobre todo, al resultado de la combinación de una labor de intensa responsabilidad con una disponibilidad y entrega continuamente abierta a las necesidades de los enfermos

Manifestaciones del síndrome

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí:

Tabla 1.

Signos de alarma para el Síndrome de Burnout

Signo de Alarma	Descripción
Negación	La persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.
Aislamiento	La persona afectada se retire de la familia, sus colegas y amigos.
Ansiedad	Sensación persistente que tiene el medico de que algo malo va a suceder.
Miedo o temor	Sensación poderosa de temor de acudir al trabajo.
Depresión	Es uno de los problemas cada vez más comunes en médicos y estudiantes de medicina; siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y por supuesto uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio
Ira	Las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado en relación con la causa que es motivo del disgusto al tratar con compañeros, resto del personal o con los pacientes.
Fuga o anulación	El personal de salud llega tarde o muestra un desinterés en el trabajo

Adicciones	Se inicia o aumenta el empleo de sustancias, que pueden ser prohibidas o no prohibidas.
Cambios de personalidad	Existe una incapacidad para poder confiar en el individuo.
Culpabilidad y autoinmolación	Sienten que lo que desarrollan es prácticamente un castigo o bien tienen un sentimiento exagerado de ser indispensables en el trabajo.
Cargas excesivas de trabajo	El aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo en el hospital para comprobar que todo está bien es otra manifestación de autonegación.
Comportamiento riesgoso	Conductas de riesgo el cual puede ir desde inapropiado e impulsivo; hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluyendo el sexual
Sensación de estar desbordado y con desilusión.	Se percibe la sensación de ya no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio, tiene sensación de fatiga crónica.
Abandono de sí mismo	Se presenta un cambio en la pulcritud, higiene y arreglo personal. Hay cambios en el hábito alimenticio con pérdida o ganancia de peso exagerada.
Pérdida de la memoria y desorganización	Existe dificultad para concentrarse y aprender. No se pueden recordar eventos importantes familiares y laborales. Puede haber trastornos del sueño

Nota: Esta tabla ha sido adaptada de “Síndrome de Bournout” Gutiérrez et al. (2006)

Impacto del Síndrome de desgaste profesional

Las consecuencias del síndrome de desgaste profesional pueden dividirse en 3:

- **Psicológicas:** problemas psicosomáticos, negativismo, depresión, culpabilidad, ansiedad, cólera, baja tolerancia a la frustración, abuso de alcohol y drogas.
- **Contexto organizativo:** disminución del rendimiento, negativismo y falta de motivación hacia el trabajo, actitudes negativas hacia el paciente, incapacidad de realizar el trabajo con rigor, rotación laboral aumentada, intención o abandono real del trabajo, ausentismo, retrasos y largas pausas en el trabajo, insatisfacción y disminución del compromiso.

- **Contexto ambiental:** actitudes negativas hacia la vida en general, disminución de la calidad de vida personal y familiar. (Hidalgo Vicario, 2016)

Medidas preventivas del síndrome

- Disminución o reducción del estrés y por lo tanto del burnout.
- Acortar o limitar las horas de trabajo.
- Permitir más oportunidades para el descanso y aumentar su frecuencia.
- Disminuir de la mejor manera el trabajo con los pacientes.
- Reuniones del personal podrían reorientarse en torno a los objetivos diferentes dando cabida a la discusión de los problemas que cada trabajador experimenta como resultado de su labor en la salud.
- Realizar talleres cuyos objetivos serían preparar a los participantes para identificar sus problemas y enseñarles a lidiar con ellos. PROBLEMAS: organizacionales, personales, ambientales, por lo tanto, se deben buscar acciones específicas para la solución de los mismos.
- Los profesionales deben mantener sus tensiones separadas de su vida personal y familiar, e incluir actividades recreativas, relajantes u gratificantes, no relacionadas con el trabajo.
- Crear programas educativos, de información, consulta y consejo.
- Crear comités capacitados para recibir, evaluar y atender referencias, así como promover tratamientos.
- Aprovechar toda actividad interdisciplinaria (social o profesional) para enriquecerse en contacto con otras profesiones, para su beneficio personal/social.
- Revisar su accionar propio tratando de ser congruente entre lo que se enseña y la conducta propia. En este sentido, los profesionales de la salud deben

trabajar de manera más inteligente, planeando y estableciendo prioridades; fijarse metas realistas; aprender a hacer las cosas y estar conscientes de que "no todo lo tengo que hacer yo"; los demás deben ser tan importantes como yo; convertir el ambiente de trabajo en algo agradable, de confianza y fraternidad; no interpretar las experiencias y vivencias a nivel personal; aprender a conocerse a uno mismo y reconocer en uno las necesidades físicas, espirituales y sociológicas (Bianchini Matamoros, 1997, págs. 189-192)

Definición de calidad de vida

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”

Dimensiones de la calidad de vida

- **Dimensión Física.** En esta dimensión se encuentran aspectos relacionados con el dolor físico, la energía, el sueño, la movilidad o movimiento, la actividad de la vida diaria, la medicación y la capacidad para el trabajo.
- **Dimensión Psicológica.** En la evaluación de la calidad de vida el componente psicológico es relevante ya que trabajar no sólo en la mejora de la salud física sino también en el estado psicológico es conocer los sentimientos tanto positivos como negativos, pensamientos, autoestima, estimación y aprecio, y espiritualidad de la persona
- **Dimensión Social, Relaciones Sociales.** Esta dimensión tiene como eje central a la calidad de las relaciones con las demás personas, la participación colectiva, el apoyo social que recibe y la sexualidad del individuo. De esta manera, en el área de las relaciones personales evalúa el grado con el que las

personas reciben o perciben afecto, compañía y la oportunidad para ser amado, amar y sostener un círculo social estable.

- **Dimensión Medio Ambiente.** Esta última dimensión está compuesta por la seguridad física, el lugar de residencia, la situación económica o financiera, los servicios, la información, el ambiente físico, el transporte y actividades recreativas y de ocio. (Angulo Álvarez, 2018)

Calidad de vida relación sanitaria

Aunque no exista una definición sobre calidad de vida relacionada con salud (Soto & Failde, 2004) cita la definición propuesta por Shumaker y Naughton que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.

Dimensiones de la Calidad de vida Relacionada con la Salud.

- **Funcionamiento físico:** relacionados con la salud y el bienestar físico y relacionado con la repercusión de la sintomatología clínica de la calidad de vida.
- **Bienestar psicológico:** determina la repercusión del funcionamiento cognitivo, la vitalidad y competencia para afrontar a los problemas derivados de enfermedad o tratamiento.

- **Estado emocional:** engloba los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico.
- **Dolor:** evalúa el nivel del dolor percibido, asociado con sintomatología e interferencia del dolor con la vida cotidiana.
- **Funcionamiento social:** evalúa el estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales.
- **Percepción general de la salud:** valoración personal de la salud, perspectivas y resistencia a enfermar (Rivera Rojas, Ceballos Vásquez, & Vilchez Barboza, 2017)

Factores intervinientes en la calidad de vida en el trabajo

Algunos autores señalan que para hablar de calidad de vida laboral es necesario que se den determinadas condiciones que se constituyen como factores entre ellos se muestran:

- La existencia de recompensas
- Una redistribución económica justa
- Unas condiciones contractuales
- Ausencia de prejuicios en el lugar de trabajo
- Libertad de expresión ante los líderes
- Diseño de trabajos estimulantes
- Reconocimiento profesional y personal de los trabajadores

Para Gil Monte (2014) citado por Rodríguez (2018) los principales factores de calidad de vida son:

- **Compensación adecuada y justa:** Se refiere al nivel laboral.
- **Condiciones de trabajo saludables y seguras:** Incluye aspectos como un número adecuado de horas de trabajo, ambiente físico de trabajo saludable, y

medidas que regulen la edad del trabajador (tanto para su incorporación como para su retirada).

- **Oportunidad de desarrollar las capacidades humanas:** Ofrecer a los trabajadores la oportunidad de desarrollar sus capacidades (en oposición a las prácticas de corte taylorista).
- **Oportunidad para un crecimiento continuo y seguridad:** Hace referencia a los aspectos relacionados con la estabilidad o seguridad contractual, y con la posibilidad del individuo de desarrollar sus capacidades, aptitudes y destrezas laborales.
- **Integración social en la organización del trabajo:** Incluye aspectos tales como un contexto laboral libre de prejuicios razón de raza, apariencia, nacionalidad, etc.), oportunidades o posibilidades de movilidad jerárquica de la organización), y sentido de identidad o pertenencia a un grupo en el seno de la organización, entre otros.
- **Respeto a los derechos constitucionales de los trabajadores:** Se refiere a diferentes factores como: privacidad (en el sentido de reconocer al empleado el derecho a tener una vida privada externa a la organización), y libertad de expresión ante sus superiores.
- **Espacio para la vida personal:** esta dimensión se refiere a que el trabajador goce de tiempos para dedicarlo a atender a otros ámbitos o facetas de su vida distintas al trabajo.
- **Relevancia social de la vida laboral:** hace referencia a la percepción del trabajador de que la organización a la que pertenece actúa de manera socialmente responsable, tanto en las técnicas que se emplea como en los

productos que fabrica y en las acciones que emprende (Rodríguez Barbosa, 2018)

Primer nivel de atención

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz (Vignolo , Vacarezza , Álvarez, & Sosa, 2011)

Caracterización del primer nivel

El primer nivel es el de mayor cobertura, pero menor complejidad; está representado por las Postas y Estaciones médico-rurales, los Consultorios urbanos y rurales y los centros de Salud Familiar.

Para lograr sus objetivos debe proyectarse a la comunidad con sus recursos, coordinarse con sus organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud y hacer que estas se involucren. (Rea Ruanova)

Recursos Humanos del Primer Nivel

Su recurso humano lo constituyen entre otros:

- Médicos Generales
- Médicos Familiares
- Odontólogos

- Enfermeras
- Nutricionistas
- Psicólogos
- Asistentes Sociales
- Técnicos en Atención Primaria en Salud

Como primer nivel de atención tienen la responsabilidad de prestar servicios de Prevención y Promoción de la salud, al individuo, familia y comunidad, fomentando el trabajo intersectorial, promoviendo una atención integral e integrada lo cual orientada hacia a calidad de atención y seguridad del paciente, utilizando los recursos humanos y materiales de forma adecuada, los principales servicios que presta el primer nivel de atención en salud son: Promoción, prevención, rehabilitación y recuperación

Marco Legal y Ético.

Constitución de la República 2008

En la Constitución del Ecuador elaborada en el 2008, establece:

Capítulo segundo: Derechos del buen vivir.

Sección Séptima: Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad,

interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

En la Constitución del Ecuador elaborada en el 2008, establece:

Sección Octava: Trabajo y Seguridad Social

Art. 33.- El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Dentro del Régimen del Buen vivir

Capítulo Primero: Sección segunda: Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 363.- *El Estado será responsable de:*

1. *Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.*
2. *Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.*
3. *Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.*
4. *Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.*
5. *Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.*
6. *Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.*
7. *Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.*

7. *Promover el desarrollo integral del personal de salud.*

(Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Ley Orgánica de Salud

Capítulo I: Derecho a la salud y su protección

Art. 1.- *La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético. (Ley Orgánica de Salud, 2006)*

Art. 3.- *La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. (Ley Orgánica de Salud, 2006)*

Capítulo V: Salud y seguridad en el trabajo

Art. 117.- *La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Empleo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establecerá las normas de salud y seguridad en el trabajo para proteger la salud de los trabajadores.*

Art. 118.- *Los empleadores protegerán la salud de sus trabajadores, dotándoles de información suficiente, equipos de protección, vestimenta*

apropiada, ambientes seguros de trabajo, a fin de prevenir, disminuir o eliminar los riesgos, accidentes y aparición de enfermedades laborales. (Ley Orgánica de Salud, 2006)

Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 Toda una vida

Una vida digna para todos, sin discriminación. Asumiendo el desafío de fortalecer el acceso y mejorar la calidad de la educación, salud, alimentación, agua y seguridad social para todos, con el fin de cerrar brechas y generar oportunidades, con equidad social y territorial. La garantía de estos derechos conlleva a la inclusión social, la vida en el entorno saludable y seguro, un trabajo estable y justo, acceso a la justicia y tiempo de esparcimiento (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017)

Marco Metodológico

Contexto:

El distrito número 10D02 de salud está conformado por dos cantones (Otavalo y Antonio Ante), el cual cuenta con 24 unidades de primer nivel de atención distribuidas estratégicamente en los dos cantones, además cuenta con dos Hospitales Básicos distribuidos uno en cada cantón: Hospital Básico Antonio Ante y Hospital San Luis de Otavalo, su sede se encuentra ubicado en las calles Panamericana Sur y Calle Trece de junio en la ciudad de Otavalo, situadas en la provincia de Imbabura misma que está ubicada en la región Sierra Norte del Ecuador, limita con las provincias de Esmeraldas al Nor-este, con Carchi al Norte, al oeste con Sucumbios y al Sur con la provincia de Pichincha

En el primer nivel de atención se cuenta con profesionales médicos, enfermeras, psicólogos, técnicos en atención primaria en salud, odontólogos y obstetras que brindan servicios en promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, siendo así los facilitadores y coordinadores del flujo del usuario dentro del sistema por ser los más cercanos a la población.

Diseño de Investigación.

La presente investigación tiene enfoque cuantitativo, pues tuvo como propósito el análisis de los datos y cifras que son cuantificables, los cuales fueron tabulados y por la naturaleza de los objetivos planteados que pretendieron medir el síndrome de burnout y la calidad de vida de los profesionales del Distrito 10D02.

Tipo de Investigación

Es un estudio de tipo descriptivo, observacional, y de corte transversal, los datos serán recolectados a nivel de las unidades operativas pertenecientes al Distrito 10d02

- **Descriptivo:** Consiste en observar y describir el comportamiento del personal que labora en el Distrito 10d02, ayudando a responder preguntas: quien, que, donde, cuando y como. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.
- **Observacional:** Los profesionales en estudio fueron observados en su contexto natural para analizarlos posteriormente.
- **Transversal:** La investigación se centra en analizar en tiempo real la influencia del Síndrome de Burnout en la calidad de vida de los profesionales, durante el año 2021, los datos fueron tomados por una sola ocasión.

Población

La población de personal de salud que laboran en las unidades operativas del Distrito 10D02 es de 364 profesionales.

Muestra

La investigación está constituida por los profesionales que trabajan en las unidades operativas del Distrito 10d02; para determinar la muestra se realizó el cálculo de la muestra de la población obtenida de 364 profesionales con un nivel de confianza del 95% y margen de error de 5%.

N = total de la población

Z = Nivel de confianza 95% = 1.96

e = Margen de error 5% = 0.05

p = 0.5

$$N = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2 (N-1) + Z^2 * p * q}$$

$$N = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 365}{0.05^2 (364-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$N = 188$$

Se va a realizar con una muestra de 188 profesionales de salud, con un margen de error de 0.5 % escogidos aleatoriamente de las unidades pertenecientes al Distrito 10d02.

Criterios de Inclusión

Se realizará el estudio al personal sanitario que laboran en el primer nivel de atención en salud del Distrito 10d02 de los Cantones Antonio Ante y Otavalo, provincia de Imbabura y que acepte ser parte del estudio

Criterios de Exclusión

Se excluyen a los/as profesionales de salud que no acepte ser parte del estudio.

Se excluye a otros profesionales que no laboren en las unidades operativas del primer nivel de los Cantones mencionado

Métodos de Investigación

El estudio se basa en analizar la Influencia del Síndrome Burnout en la calidad de vida del personal del primer nivel de atención del Distrito 10d02 año 2021

Para ello, se empleará una metodología descriptiva, trasversal, a través de la aplicación de una encuesta dirigida al personal de salud en donde se describe los factores asociados al problema objeto de estudio.

Técnicas

Instrumentos

El Cuestionario. - Con esta herramienta se pretende recolectar información del profesional de salud.

La aplicando el cuestionario de;

- **Maslach Burnout Inventory (1981):** Valora (las dimensiones) mediante 22 ítems las tres variables centrales que caracterizan al Burnout en los profesionales como son: agotamiento emocional, despersonalización y logros personales.

El agotamiento laboral hace referencia a la sensación de no poder dar más de sí mismo; la despersonalización, por su parte, hace alusión a una actitud fría y a un trato distante hacia los pacientes y, por último, la realización personal, se refiere a la sensación de no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en la solución de las dificultades del trabajo; esta escala posee validación internacional por medio de estudios antes realizados.

Tabla 2.

Categorías de la Escala de Maslach

Categoría	Preguntas
Agotamiento Emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20
Despersonalización	5,10,11,15,22
Realización Personal	4,7,9,12,17,18,19,21

Nota: Esta tabla muestra las preguntas que corresponden a cada dimensión del Síndrome Burnout, tomada de El Síndrome de "Burn Out" o Síndrome de Agotamiento Profesional (Castillo Ramirez, 2001, págs. 11-14)

Tabla 3.

Puntuación de la escala de Maslach

Categoría	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional	1-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización Personal	0-33	34-39	40-56

Nota: Tabla tomada de Síndrome de Burnout, en el personal de enfermería del primer nivel de atención en salud Distrito 10D01 (Benalcázar Ávila, 2017, págs. 112-130)

- **Cuestionario FS 36** que es un cuestionario que relaciona la Calidad de vida con la salud; El cuestionario en salud SF-36, que a partir de 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y se incrementa transición) y 36 ítems, mide tanto estados positivos como negativos de la calidad de vida relacionada con la salud física y psíquica. (Vilagut, 2005, págs. 135-150)
- **Función física.** – mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como: caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar carga y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
- **Rol físico.** – valora el grado en que la salud física interviene en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- **Dolor Corporal.** - valora l intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en esta.
- **Salud General.** - proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- **Vitalidad.** – cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
- **Función Social.** – mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional intervienen en la vida social habitual.
- **Rol Emocional.** – valora el grado en el que los problemas emocionales intervienen en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la

reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

- **Salud Mental.** - mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta, y el control emocional.
- **Transición de salud.** – es la valoración de la salud actual comparada con la de hace un año. (Vilagut, 2005, págs. 135-150)

Tabla 4.

Características Principales del Cuestionario de Salud SF 36.

Categorías	Nº de ítems	Puntuación
Funcionamiento Físico	10	0-100
Rol Físico	4	0-100
Dolor Corporal	3	0-100
Salud General	5	0-100
Vitalidad	4	0-100
Funcionamiento social	2	0-100
Rol Emocional	3	0-100
Salud mental	5	0-100
Transición	1	0-100

Nota: Esta tabla ha sido adaptada de El Cuestionario de Salud SF-36 ((Vilagut, 2005)

Tabla 5.*Significado de los Resultados del Cuestionario SF 36*

Categoría	Nº de ítems	Significado de Resultados	
Bajo		Alto	
Funcionamiento Físico	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor Corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Funcionamiento social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol Emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Nota: Esta tabla fue tomada de (Vilagut, 2005, págs. 135-150)

Tabla 6.*Parámetros de evaluación del Cuestionario SF 36*

Respuesta	Valores	Puntuación Recomendada
Excelente	100- 87.5	100
Muy Buena	87.49-75.5	84
Buena	75.49- 65.5	61
Regular	65,49 – 30.5	25
Mala	30.49-0	0

Nota: Esta tabla fue tomada de (Vilagut, 2005, págs. 135- 150)

Procesamiento de la Información

La investigación fue autorizada por parte del Distrito 10d02, y coordinado por Provisión de Calidad de Servicios con las facilidades necesarias para la recolección de información de los profesionales de salud que laboran en la institución, consintiendo la aplicación de las encuestas de forma electrónica mediante la Plataforma Google Forms; los profesionales aceptaron el consentimiento informado para su participación libre y voluntaria.

Luego de haber aplicado los instrumentos se procedió a organizar la base de datos en el programa Microsoft Excel.

Para el procesamiento de datos cuantitativos se utilizó el programa Epi Info que posibilitó el cruce de variables y la obtención de frecuencias además se posterior a esto para el diseño y construcción de tablas se empleó el programa informático Microsoft Excel, así facilitando detallar los resultados y de esa forma el análisis en el cual se combinaran las estadísticas con revisiones bibliográficas confiables.

Consideraciones bioéticas

Código de ética y conducta profesional OMS

La Organización Mundial de la salud (OMS) 2010 refiere:

- **Integridad:** Comportarse de acuerdo con los principios éticos y actuar de buena fe, honestidad intelectual y equidad.
- **Rendición de cuentas:** Responsabilizarse de las propias acciones y decisiones y de sus consecuencias. (Organización Mundial de la Salud, s.f.)
- **Independencia e imparcialidad:** Actuar teniendo presentes solo los intereses de la OMS y bajo la sola autoridad del director general, y velar por que las opiniones y convicciones personales no pongan en entredicho los principios éticos, obligaciones oficiales o los intereses de la OMS.
- **Respeto:** Respetar la dignidad, la valía, la igualdad, la diversidad y la intimidad de todas las personas. (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

Principios éticos de Belmont:

- **Principio de beneficencia:** Se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.
- **Principio de la no maleficencia:** Se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.
- **Principio de la justicia:** encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos

materiales para evitar que falten cuando más se necesiten. (Mora Guillart, 2015)

- **Principio de autonomía:** Se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud (Mora Guillart, 2015)

Declaración de Helsinki

En base a la protección y regulación ética de la investigación en seres humanos establece:

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo (Comisión Nacional de Bioética, 2013)

Código de CIOMS

El Consejo de Organizaciones internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) contempla:

Pauta 4. Consentimiento informado individual:

En toda investigación biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto o, en el caso de un individuo incapaz de dar su consentimiento informado, la autorización de un representante legalmente calificado de acuerdo con el ordenamiento jurídico aplicable.

(Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 2017)

Consentimiento Informado

En la presente investigación se aplicó el consentimiento informado, previa a la recolección de los datos, por medio de la plataforma Google Forms, así en el momento que el encuestado daba su consentimiento tenía acceso a la realización del cuestionario, evidencia que reposa en el apéndice 4.

Resultados

Análisis y Discusión

De 188 personas encuestadas, tomadas como muestra de una población de 364 profesionales del Distrito 10D02, dieron su consentimiento y respondieron el cuestionario correctamente.

Obsérvese en la Tabla 7 el perfil demográfico de las personas con quienes se desarrolló la investigación.

Tabla 7.

Descriptivos de las Características Sociodemográficas de la muestra

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Profesión		
Enfermera	47	25,00%
Médico	40	21,28%
Obstetra	7	3,72%
Odontólogo	8	4,26%
Psicólogo	4	2,13%
Técnico de Atención Primaria de Salud	82	43,62%
Edad		
30 – 40 años	72	38,30%
Mayor de 40 años	43	22,87%
Menor de 30 años	73	38,83%
Sexo		
Femenino	126	67,02%
Masculino	62	32,98%
Estado Civil		
Casado	83	44,15%
Divorciado	9	4,79%
Separado	5	2,66%
Soltero	84	44,68%
Unión de Hecho	6	3,19%
Viudo	1	0,53%
Etnia		
Afrodescendiente	2	1,06%
Indígena	44	23,40%
Mestizo	141	75,00%
Mulato	1	0,53%
Número de Hijos		
1 - 2 hijos	94	50,00%
3 o más hijos	32	17,02%
Ninguno	62	32,98%
Residencia		
Zona Rural	69	36,70%
Zona Urbana	119	63,30%

La población de la presente investigación posee las siguientes características principales como la profesión, edad, sexo, estado civil, etnia, número de hijos y residencia.

Al observar los datos de la tabla existe un predominio de profesionales Técnicos de Atención Primaria de Salud que presenta al 43.62% de la población en total, seguido con el 25% perteneciente a personal de Enfermería y un valor minoritario de Psicólogos que corresponde solo al 2.13% de la población en estudio.

Lo que concuerda con la información otorgada por parte del Distrito 10d02 en el cual existe predominio por parte de profesionales Técnicos en Atención Primaria de Salud siendo un promedio de 95 profesionales que laboran en el primer nivel de atención en las unidades operativas que corresponden al Distrito Antonio Ante- Otavalo.

Se evidencia que existe un mayor porcentaje de personal de salud menor de 30 años que representa el 38.83%, que corresponde en gran porcentaje al grupo predominante de los Técnicos en Atención Primaria de Salud, seguido con una cifra muy cercana al primero 38.30% que representa a los años entre 30 a 40, y el resto de personal que pertenecen al 22.87% que serían los profesionales mayores de 40 años.

La población en estudio evidencia un porcentaje superior en cuanto al sexo femenino con 67.02%, a comparación del sexo masculino representado por 32,98%. Con respecto al estado civil se observa que existe un mayor porcentaje del personal sanitario solteros con el 44,68%, seguido muy de cerca por los casados con el 44,15% y muestra una gran diferencia con la unión de hecho con el 3.19% con los divorciados con el 4,79% y los separados 2,66% y en minoría se encuentran el estado civil viudo con un 0,53%.

A nivel de la etnia podemos destacar que existe un predominio de las personas mestizas siendo el 75% de la población en estudio, seguido de la población indígena con el 23,40%, y en su minoría, pero no menos importante contamos con el 1.06% de Afrodescendientes y el 0,53% de mulatos.

Los datos correspondientes al número de hijos destacan que el 50% de la población tiene entre 1 a 2 hijos, el 32,98% no tienen hijos y el 17,02% tienen más de 3 hijos, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2018, expresa que en el Ecuador una mujer en edad fértil tendría un promedio de 2,2 hijos en su vida reproductiva (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), 2018); la mayoría de los encuestados viven en el área urbana 63,30% y el resto posee su residencia en las zonas rurales 36,70%. Al igual que la característica de la muestra evidencia la interculturalidad, al tomar en cuenta los distintos grupos étnicos que conforman la población del Distrito 10D02. Y se observa la tendencia de la población mayoritaria del Ecuador en el sexo femenino y en igual circunstancia a no contraer matrimonio.

Tabla 8.

Nivel del Síndrome de Burnout en el personal de salud

Variables	Bajo		Medio		Alto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Despersonalización	121	64,36%	24	12,77%	43	22,87%
Cansancio Emocional	120	63,83%	17	9,04%	51	27,13%
Realización Personal	49	26,06%	38	20,21%	101	53,72%

La presente tabla expresa la lectura del cansancio emocional y la despersonalización se da de forma normal de bajo a alto con respecto al nivel. No así, la realización personal, cuya lectura se hace a la inversa; en este caso el 53% corresponde a un alto nivel de realización personal y el 26,06%, que está en nivel bajo de percepción de su realización personal.

En la categoría de Cansancio Emocional se observa que el 63,83% posee un nivel bajo, el 9,04% es un nivel medio y el 27,13% representa al nivel alto de cansancio en los

profesionales siendo así un cuarto de la población en estudio, dato alarmante que se debe tomar en cuenta para la respectiva intervención.

Porcentualmente, el 64,36% de la muestra se encuentra en el nivel bajo de Despersonalización, mientras que el 12,77% en un nivel medio/ moderado y un alto nivel correspondiente al 22,87% esto evidencia la presencia de despersonalización a nivel del personal de salud, motivo para tomar en cuenta ya que la despersonalización según Castillo (2001) quien cita a Buendía (1993) menciona que “es el desarrollo de actitudes negativas e insensibles hacia los destinatarios de los servicios que se prestan” (págs. 14-17) lo cual tiene un impacto negativo para las personas que reciben el servicio.

En la dimensión de la Realización Personal encontramos que el personal de salud del primer nivel refiere que están en un nivel alto de realización personal con el 53,72%, nivel medio con 20,21% y el 26,06% percibe que su realización personal es bajo.

Según (Arias et al.2017) menciona que Burnout tiene una presencia preocupante entre el personal de salud, sobre todo en la dimensión de despersonalización, y que las diferencias encontradas en función de las variables demográficas se explican en función del entorno laboral y las condiciones de trabajo.

A continuación, el análisis de los resultados se trabajará con los porcentajes del nivel alto obtenidos en la investigación.

Tabla 9.

Distribución de los niveles altos de las categorías del Síndrome de Burnout por profesional

Variables	Despersonalización	Cansancio Emocional	Realización Personal
Enfermera	19,15%	29,79%	59,57%
Médico	40,00%	60,00%	42,50%
Técnico de APS	15,85%	12,20%	53,66%

En la presente tabla observamos en la columna de las variables la categoría de los profesionales y las dimensiones del Síndrome de Burnout a nivel horizontal.

La categoría de Despersonalización que es aquella que mide el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, los médicos tienen la mayor tendencia a desarrollar esta dimensión con un 40,00%, en relación a las Enfermeras que tienen el 19,15% y los Técnicos de Atención Primaria con el 15,85%.

En la dimensión del Cansancio Emocional el estudio demuestra que los Médicos presentan un nivel alto con el 60%, convirtiéndose en un riesgo porque se refiere a un “estado al que se llega por sobrecarga de esfuerzo psíquico. En este caso, no hablamos sólo de excesos laborales, sino de la carga que implica asumir conflictos, responsabilidades o estímulos adversos de tipo emocional o cognitivo” (Clínica Galatea, 2018), seguido de las Enfermeras con el 29,79% y los profesionales técnicos en Atención Primaria en salud con el 12,20%.

En la categoría de Realización personal sobresalen los Profesionales de Enfermería quienes alcanzan un nivel alto de realización personal con el 59,57%, mientras que los Técnicos en Atención Primaria obtienen un 53,66%, a diferencia de los Médicos que alcanzan un 42,50% siendo este el puntaje más bajo en comparación con el resto del personal sanitario.

Tabla 10.*Niveles altos del Síndrome de Burnout en relación al género*

Variables	Despersonalización	Cansancio Emocional	Realización Personal
Femenino	19,05%	23,81%	61,11%
Masculino	30,65%	33,87%	38,71%

El porcentaje en cuanto a la despersonalización, el nivel alto, en el sexo femenino es el de 19,05%, mientras que el sexo masculino es de 30,65%. Estos datos demuestran que los hombres sufren en mayor porcentaje que las mujeres de despersonalización.

Similar a los datos anteriores en la categoría de Cansancio Emocional se observa que los hombres poseen un porcentaje más alto que las mujeres con un 33,87%, mientras que la mujer alcanza un porcentaje de 23,81% de esta manera, continua con el riesgo más alto, el varón.

La dimensión de la Realización personal, el sexo femenino se siente realizado como persona en un 61,11% lo cual representa la mayor parte de la población en estudio, y el sexo masculino el porcentaje que se siente realizado como persona es el 38,71%.

En un estudio realizado por (Tapia Montenegro, 2017) manifiesta que los hombres obtuvieron puntajes más altos a nivel de despersonalización y cansancio emocional, pero el sexo femenino obtuvo mayor puntuación a nivel de Realización Personal; mostrando resultados similares confirmando así la línea de estudio que ha verificado la fuerte vinculación entre las estrategias de afrontamiento, sexo y el Síndrome de Burnout. La investigación realizada en el distrito obtiene resultados similares en la relación sexo y Síndrome de Burnout.

Tabla 11.

Niveles altos Síndrome de Burnout en relación a la Etnia

Variables	Despersonalización	Cansancio Emocional	Realización Personal
Indígena	22,73%	18,18%	45,45%
Mestizo	23,40%	29,08%	55,32%

El nivel alto del Síndrome de Burnout en la dimensión de despersonalización en relación a la etnia se observa que el mestizo posee un porcentaje del 23,40% de despersonalización mientras que el indígena tiene un porcentaje del 22,73%. Superando la etnia mestiza a la indígena.

En cuanto al Cansancio Emocional los mestizos alcanzan el porcentaje del 29,08% mientras que el indígena obtiene 18,18% en consecuencia el mestizo vuelve a superar al indígena similar a la despersonalización.

En la categoría de Realización personal al examinar los resultados de la tabla, el 55,32% de los profesionales mestizos tienen el nivel alto de realización personal es decir tienen la sensación de ser una persona autónoma, independiente y capaz de afrontar nuevos retos, en tanto que el personal de salud indígena tiene el 45,45% de realización personal, siendo inferior al porcentaje del mestizo.

En consecuencia, con los datos analizados se observa que la etnia indígena tiene un mejor afrontamiento ante el estrés con respecto a los profesionales que pertenecen a la etnia mestiza, sin embargo, en la dimensión de realización personal se demuestra que los mestizos tienen una mejor percepción de la realización personal; sabiendo que para experimentar este sentimiento conviene encontrar equilibrio entre la vida personal y profesional.

Tabla 12.*Niveles altos del Síndrome de Burnout en relación al estado civil*

Variables	Despersonalización	Cansancio Emocional	Realización Personal
Casado	22,89%	22,89%	57,83%
Soltero	26,19%	30,95%	47,62%
Divorciado	11,11%	22,22%	77,78%

En la siguiente tabla se evidencia el estado civil de casado, soltero y divorciado con respecto a las dimensiones del Síndrome de Burnout. Así, los porcentajes en el nivel alto de despersonalización se encuentra de la siguiente manera: el soltero con el 26,19%, los casados con 22,89% y los Divorciados con un 11,11%. En consecuencia, de este grupo en esta dimensión el soltero tiene un porcentaje alto de despersonalización.

En la dimensión de cansancio emocional es el soltero que tiene el porcentaje del 30,95%, en el nivel alto, seguido del casado con el 22, 89% y divorciado con el 22,22%, es necesario recalcar que esta categoría mide la vivencia de estar exhaustos emocionalmente por las demandas de trabajo, y el mayor porcentaje está en la población de soltería.

Al mismo tiempo que la dimensión de realización personal, los profesionales divorciados alcanzan 77,78% seguido de los casados con el 57,86% y los solteros con el 47,62% que expresan sentirse realizado en lo personal. Los solteros tienen el menor porcentaje de realización personal.

De acuerdo con los resultados presentados, el nivel alto en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, al igual que el nivel bajo con respecto a la realización personal son los solteros. “Esto implicaría tal proclividad por la carencia de personas emocionalmente significativas en la vida del trabajador e insuficiente de redes de apoyo efectivas.” (Salgado Roa & Lería Dulčić, 2019, págs. 06-16)

Tabla 13.

Niveles altos de dimensiones del Síndrome de Burnout en relación al número de hijos.

Variables	Despersonalización	Cansancio Emocional	Realización Personal
Ninguno	32, 26%	32,26%	41,94%
1 a 2 hijos	20,21%	25,53%	57,45%
3 o más hijos	12,50%	21,88%	65,63%

La tabla presenta los niveles altos en las dimensiones del Síndrome de Burnout con respecto al número de hijos se observa la despersonalización en los profesionales que no tienen hijos un porcentaje de 32,26% el personal que tiene 1 a 2 hijos es del (20,21%) y los que tienen 3 o más hijos alcanzan el 12,50%. En consecuencia, los que no tienen hijos tienen el porcentaje más alto de despersonalización.

En referencia al nivel alto en la dimensión de Cansancio emocional el personal que no posee hijos presenta el 32,26% a diferencia de los profesionales con 1 a 2 hijos que poseen un riesgo menor pero significativo de 25, 53% y, los que tienen 3 o más hijos tienen el 21,88% de cansancio emocional. Así, el personal que no tiene hijos tiene el mayor porcentaje en el nivel alto con cansancio emocional.

Los resultados en la dimensión de Realización personal, el personal de salud que tiene 3 o más hijos muestran el mayor porcentaje con el 65, 63%, los que tienen de 1 a 2 hijos alcanzan el 57,45% y los que no tienen hijos alcanzan el 41,94% de realización personal, decir poseen el sentimiento de plenitud y equilibrio interno, saboreando la sensación de armonía entre la cultura y costumbres heredadas, los principios y valores propios; y la dirección práctica de la vida personal y profesional que desarrollan. (Psicología Clínica Sanitaria Madrid, n.d.)

Tabla 14.

Niveles altos de las dimensiones de Burnout en relación a grupos de edad

Variables	Despersonalización	Cansancio	Realización
		Emocional	Personal
Menor de 30 años	28,77%	35,62%	52,05%
De 30 a 40 años	18,06%	19,44%	61,11%
Mayor de 40 años	20,93%	25,58%	44,19%

El cuadro presenta el alto nivel de las dimensiones del Síndrome de Burnout con respecto a la edad del personal de salud del Distrito 10D02. La despersonalización tiene el porcentaje de 28,77% en el grupo etario menor a 30 años, seguida del grupo etario de 30 a 40 años con el porcentaje de 20,93% y finalmente con el 18,06% el grupo etaria de 30 a 40 años a diferencia de los demás grupos de edad que manejan un porcentaje bajo, pudiendo ser atribuible que este grupo de edad recién empieza su carrera, no obstante buscan una mejor economía trabajando en dos lugares al mismo tiempo o debido a la necesidad de superarse empiezan sus estudios de posgrados, acarreando con ello el cansancio y pudiendo ser algunas de las causas para desarrollar estas dimensiones

En cuanto a la realización personal el grupo perteneciente a la edad de 30 a 40 años posee un mayor porcentaje con el 61,11%, es decir la sensación de sentirse una persona realizada en el ámbito profesional y el haber cumplido sus expectativas.

En el estudio realizado por (Gil Monte, Peiró Silla, & Valcárcel, 1995) menciona que en varios estudios se ha demostrado la influencia de la edad en el proceso del burnout; de hecho, se lo considera como la variable demográfica que más conscientemente se ha asociado con el desgaste profesional (págs. 221-244)

Tabla 15.

Niveles altos de las dimensiones de Burnout en relación a la zona de residencia.

Variables	Despersonalización	Cansancio Emocional	Realización Personal
Zona Urbana	19,33%	27,73%	58,82%
Zona Rural	28,99%	26,09%	44,93%

La tabla demuestra los niveles altos de las dimensiones del Burnout con respecto a la zona de la residencia urbana y rural.

El nivel alto de despersonalización de los profesionales que residen en la zona rural tiene equivalente al 28,99 % mientras que la población residente en el área urbana tiene el 19,33%.

En la dimensión de cansancio emocional el personal de salud perteneciente a la zona urbana arroja un porcentaje de 27,73% entre tanto la población de la zona rural proyecta el 26,09% lo que implica un riesgo significativo de desarrollo de esta dimensión.

El nivel alto de realización personal de la población que reside en el ámbito urbano es de 58,82% mientras que el de la zona rural es de 44,93% de personas que expresan sentirse realizado como personas. A base de los resultados se deduce que el personal de salud que reside en la zona urbana posee un nivel de realización personal más alto que los que viven en la zona rural.

En síntesis, al analizar los resultados se concluye la existencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de salud del Distrito 10d02, en porcentajes distintos que se encuentran en un nivel alto de acuerdo a sus características como profesión, sexo, etnia, número de hijos, residencia, edad, entre otros.

A continuación, en este mismo contexto, se exponen los resultados de la percepción acerca de la calidad de vida inmersa en su cultura, de acuerdo a sus dimensiones y la salud cuya muestra es de 188 personas.

Tabla 16.*Calidad de vida en el personal de salud.*

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	61	32,45%
Muy Buena	53	28,19%
Buena	27	14,36%
Regular	44	23,40%
Mala	3	1,60%

La tabla de datos de la calidad de vida nos muestra la frecuencia en porcentaje en una escala de mala a excelente (una escala de 5 categorías)

Los resultados de la calidad de vida en el personal de salud se evidencian que el 32,45% de la población en estudio percibe que su salud es excelente, el 28% percibe que su calidad de vida es muy buena, existe un porcentaje importante del 23,40% de los profesionales cuya percepción con respecto a su calidad de vida en relación a la salud como Regular, seguido del 14,36% de la población que siente su calidad de vida es buena y el mínimo de la población (1,60%) la concibe como mala. En síntesis, el 60,6% percibe que su calidad de vida en relaciona la salud está entre muy buen y excelente.

Según el estudio realizado por (Méndez , Barra, & Pradines, 2007) menciona que los funcionarios/as de atención primaria de salud construyen una significancia de calidad de vida a partir del bienestar, del sentir, de lograr un estado de equilibrio entre los diferentes estados de bienestar que los gobiernan, como son el bienestar económico, social, físico y psicológico (págs. 31-33) así podemos asegurar que mas del 75% de los profesionales en estudio poseen una calidad de vida que oscila entre Buena, Muy Buena y Excelente.

Tabla 17.*Calidad de vida de acuerdo a la profesión*

Calidad De Vida	Enfermera	Médico	Obstetra	Odontólogo	Psicólogo	Técnico de Atención Primaria
Excelente	42,55%	22,50%	14,29%	12,50%	25,00%	35,37%
Muy Buena	17,02%	20,00%	28,57%	37,50%	50,00%	36,59%
Buena	10,64%	12,50%	42,86%	37,50%	-	13,41%
Regular	29,79%	37,50%	14,29%	12,50%	25,00%	14,63%
Mala	-	7,50%	-	-	-	-

Los datos de la tabla expresan la calidad de vida de acuerdo a la profesión

visibilizando los porcentajes más altos, Los datos demuestran que las enfermeras poseen una percepción de la calidad de vida en un 42,55% en la variable de excelente, seguidas de la percepción de los profesionales obstetras con respecto a la calidad como buena con el 42,86%, a continuación los odontólogos mantienen la percepción de su calidad de vida es muy buena y buena las dos escalas con él 37,50%, el personal de psicología marca su porcentaje en 50,00% en la escala de calidad de vida como muy buena, los técnicos en atención primaria se manejan entre calidad de vida Muy buena (36,59%) y Excelente (35,37%), Finalmente es necesario resaltar que los profesionales médicos, el 37,50% perciben que su calidad de vida es regular. En síntesis, el mayor porcentaje está en muy buena y excelente, seguida de buena y regular.

Tabla 18.*Calidad de vida en relación a grupos de edad.*

Calidad de Vida	Menor de 30 años	30 – 40 años	Mayor de 40 años
Excelente	32,88%	33,33%	30,23%
Muy Buena	20,55%	34,72%	30,23%
Buena	12,33%	13,89%	18,60%
Regular	30,14%	18,06%	20,93%
Mala	4,11%	0,00%	0,00%

Los datos de la tabla expresan la calidad de vida con respecto a la edad de los profesionales de salud. Los resultados del estudio en relación a los grupos de edad demuestran que la población perteneciente a la edad de menores de 30 años tiene una percepción de su calidad de vida como excelente con un porcentaje de 32,88%; con respecto a la edad de 30 a 40 años se representa un porcentaje de 34,72% percibe que su calidad de vida es muy buena; los profesionales mayores de 40 años perciben que su calidad de vida es excelente y muy buena a los dos parámetros con un porcentaje de 30,23%.

En resumen, la percepción mayoritaria a cerca de la calidad de vida del personal de salud de acuerdo a la edad se encuentra entre la escala de muy buena y excelente.

Tabla 19.*Calidad de vida en relación a la etnia.*

Calidad de Vida	Mestizo	Indígena
Excelente	28,37%	45,45%
Muy Buena	31,21%	20,45%
Buena	14,18%	13,64%
Regular	24,11%	20,45%
Mala	2,13%	-

La tabla 19 presenta la percepción sobre la calidad de vida de acuerdo a la etnia. Los resultados de acuerdo a la etnia, el profesional mestizo tiene el 31,21% de personas que perciben que su calidad de vida es muy buena. En este sentido el profesional indígena tiene el 45,45% de personas que perciben que su calidad de vida es excelente.

Lo que se puede afirmar que la población Indígena de este estudio percibe una calidad de vida en una escala de excelente. Al igual que en las demás categorías la población mayorista esta entre muy buena y excelente.

Tabla 20.*Calidad de vida en relación al género.*

Calidad de Vida	Femenino	Masculino
Excelente	33,33%	30,65%
Muy Buena	29,37%	25,81%
Buena	9,52%	24,19%
Regular	25,40%	19,35%
Mala	2,38%	-

La percepción de la calidad de vida con respecto al género, los datos arrojan los siguientes resultados: los varones perciben que su calidad de vida es excelente en un porcentaje de 30,65% seguida de las mujeres con el porcentaje de 33,33%, seguida de la percepción de que su calidad de vida es muy buena en el hombre 29,37% y en la mujer el 25,81%; siendo los porcentajes más altos de la población en estudio.

Al comparar los géneros se observa que el femenino posee un mayor porcentaje al masculino en cuanto a la percepción de la calidad de vida, sin embargo, los resultados demuestran que los hombres y las mujeres perciben la calidad de vida relacionada a la salud de una forma muy parecida.

Tabla 21. Calidad de vida en relación al número de hijos.

Calidad de vida en relación al número de hijos.

Calidad de Vida	Ninguno	1 - 2 hijos	3 o más hijos
Excelente	24,19%	41,49%	21,88%
Muy Buena	24,19%	21,28%	56,25%
Buena	20,97%	14,89%	0,00%
Regular	25,81%	22,34%	21,88%
Mala	4,84%	0,00%	0,00%

El presente cuadro muestra la percepción sobre la calidad de vida de acuerdo a la categoría de número de hijos. Los resultados arrojan que los que no tienen ningún hijo tienen el 24,19%, los que tienen entre 1 a 2 hijos el 41,49% y los que tienen más de 3 hijos tienen el porcentaje del 21,88% perciben que su calidad de vida es excelente. En circunstancias similares están los que perciben que su calidad de vida con respecto a la salud es muy buena, los que tienen 3 o más hijos con el porcentaje del 56,25%, los que no tienen hijos con el 24,19% y los que tienen 1 a 2 hijos con el 21,28%

Es necesario resaltar que, un porcentaje de 4,84% que pertenece a los que no tienen hijos conciben una calidad d vida mala siendo una minoría, pero destacando que existe la percepción en esta categoría de calidad de vida.

Según (Romera Iruela, 2003) manifiesta que el contexto familiar constituye un elemento esencial en la configuración de la calidad de vida del ser humano, es decir los profesionales que poseen una familia consolidada por así decirlo, perciben un mayor apoyo y la motivación intrínseca es más positiva, lo que es considerado como un factor protector, por lo tanto estos van a denotar una calidad de vida todavía mejor que los que no tienen hijos. Lo que concuerda con los resultados de nuestro estudio.

Tabla 22.*Calidad de vida en relación al estado civil.*

Calidad de Vida	Soltero	Casado
Excelente	29,76%	33,73%
Muy Buena	21,43%	33,73%
Buena	22,62%	8,43%
Regular	25,00%	21,69%
Mala	1,19%	2,41%

Para esta tabla se ha tomado en cuenta la población más relevante, siendo estos los solteros y casados. Los resultados son interesantes por cuanto se observa que los profesionales casados perciben una calidad de vida excelente en relación a la calidad de vida en salud con el 33.73%, superando al personal en estado civil soltero con el 29,76%. Si sumamos la percepción de excelente y muy buena, el 67,46% perciben que su calidad de vida está en las escalas de muy buena y excelente para los casados, no así para los solteros que alcanza el 50,19% entre muy buena y excelente. Esto ratifica que una familia estable influye en la calidad de vida del grupo estudiado.

Tabla 23.

Calidad de vida en relación a la zona de residencia del personal de salud.

Calidad de Vida	Zona Rural	Zona Urbana
Excelente	27,54%	35,29%
Muy Buena	28,99%	27,73%
Buena	14,49%	14,29%
Regular	28,99%	20,17%
Mala	0,00%	2,52%

En cuanto a la calidad de vida en relación al lugar de residencia podemos evidenciar que el personal que habita en zona urbana, percibe que tiene un mejor nivel de calidad de vida con el porcentaje de 35,29% que dice ser excelente, mientras que los profesionales que residen en una zona rural, expresan que la percepción sobre su calidad de vida es muy buena con el porcentaje del 28,99%, la percepción sobre la calidad de vida está en su mayoría entre excelente y muy buena con un pequeño porcentaje supera la zona urbana.

Es importante exponer que la calidad de vida es una interacción constante entre varios factores, tomando en cuenta que, uno de los más importantes es el entorno en el cual se desarrolla el ser humano, pudiendo adjudicar que el lugar de residencia si se vincula a la calidad de vida que la población percibe.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

- En la identificación de características socio demográficas del personal que labora en el Distrito 10d02 se evidencia que los Técnicos en Atención Primaria en Salud sobresalen en la población de este estudio, los cuales se encuentran en un rango de edad menores 30 años, predominando el género femenino, y se auto identifican como mestizos, encontrándose en estado civil soltero, evidenciando que la mitad de la población se encuentra en el rango de 1 a 2 hijos, y sobresale la zona urbana como residencia habitual del personal de salud.
- Existe la presencia del Síndrome de Burnout en el Distrito 10D02 Otavalo Antonio Ante en los niveles bajo, medio y alto. Sin embargo, un punto alarmante es el promedio de 25% de los profesionales que están en un nivel alto y no se sienten realizados como personas; de acuerdo a las categorías, los médicos son quienes tiene el nivel alto del Síndrome de Burnout, siendo el género el masculino el más afectado, auto identificados como mestizos, solteros, aquejando a los que no tienen hijos, menores de 30 años y en cuanto a la residencia los de la zona rural se muestran más afectados en las diversas dimensiones.
- La mayor parte de los profesionales de salud perciben su calidad de vida entre las categorías de excelente, buena y muy buena cuyo porcentaje es del 75%. De este grupo los Técnicos en Atención Primaria de Salud, los que oscilan entre los 30 y 40 años, indígenas, de género femenino, los que tienen más de 3 hijos y casados viven una excelente calidad de vida; sin embargo, existe el 25% de la población que percibe su calidad de vida entre regular y mala en

donde constan médicos, menores de 30 años, auto identificados como mestizos, de género femenino, sin hijos, en estado civil soltero y que residen en zona rural.

- Con respecto a la relación de las variables denota la existencia de influencia del síndrome de Burnout sobre la calidad de vida, pues los profesionales que fueron afectados por el síndrome perciben su calidad de vida entre mala a regular con mayor frecuencia, reflejándose así en profesionales médicos que presentan un nivel alto en burnout y una calidad de vida regular, los auto identificados como mestizos con burnout en porcentajes mayores en comparación a los demás y calidad de vida regular, los solteros que fueron afectados en las categorías del síndrome perciben su calidad de vida en la dimensión de regular al igual que los menores de 30 años, el personal sin hijos y la población que reside en la zona rural.
- De esta manera podemos concluir que en los profesionales sanitarios del estudio se han encontrado diferencias en la intensidad del síndrome, dando como resultado que la manera de percibir su calidad de vida también se vea afectada así como a los profesionales médicos que fueron los más aquejados y aunque las causas aún no son bien conocidas podemos atribuir el desarrollo del síndrome a la sobrecarga de trabajo, antigüedad, responsabilidad en la toma de decisiones, confrontamiento con el sufrimiento y la muerte, los profesionales con parejas estables y con hijos tienen un menor riesgo ya que su implicación familiar interfiere como factor protector para afrontar problemas personales y conflictos emocionales.

Recomendaciones

- El Síndrome de Burnout puede ser bien enfrentado por aquellos que prestan un servicio de salud, si fuesen acertadamente informados y prevenidos sobre el mismo, además si estos tuvieran el conocimiento de cómo tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas pues, al igual que se proporciona cuidados al paciente también se debe proporcionar el cuidado a los prestadores de salud de una forma integral para garantizar la salud física, psíquica y social lo cual repercutirá directamente en la calidad de asistencia que se brindan al usuario de salud.
- Las instituciones tienen una gran responsabilidad en cuanto a la prevención y afrontamiento de este tipo de enfermedades; por consecuencia se recomienda la creación e implementación de Programas de Salud Integral dirigido a los profesionales del Distrito 10D02, siendo una estrategia que fomenta la Prevención Primaria y evita el Síndrome de Burnout, mediante en la intervención y ayuda psicológica conjuntamente con el manejo de la nutrición del personal, llevándolo a cabo mediante evaluaciones mensuales del estado de salud a nivel psicológico y físico; además del fortalecimiento de las habilidades y conocimientos del personal sobre este síndrome a través de dinámicas grupales en donde se deben tratar temas de autoestima, resiliencia, buenos hábitos de alimentación, actividades creativas no competitivas y estrategias para saber priorizar entre lo importante y urgente; así al retener, desarrollar y preservar el talento beneficia y fortalece la responsabilidad y compromiso con la sociedad.
- A nivel individual es necesario trabajar en técnicas sobre la base de la resiliencia, autoobservación y la atención en la manifestación del problema;

motivando algunas acciones como: suficiente sueño, actividad física regular, moderación en el consumo de alcohol, relaciones interpersonales significativas y el empleo de técnicas de relajación.

- A nivel institucional se debe evaluar las cargas de trabajo y fomentar el trabajo de pares, además de modificar el ambiente de trabajo en donde se reconozca el esfuerzo por parte del equipo, celebrando colectivamente los logros de la organización para con ello afianzar y reconocer públicamente las conductas deseadas y demostradas por los trabajadores.

Referencias Bibliográficas

- Díaz Bambula, F., & Gomez, I. C. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica. *psicología desde el caribe*, 114-131.
- Gutiérrez Aceves, G., Celis López, M., Moreno Jimenez, S., Farias Serratos, F., & Suárez Campos, J. (2006). Síndrome de burnout. *medigraphic*, 305-309.
- Vidotti, V., Trevisan Martins, J., Quina Galdin, M., Perfeito Ribeir, R., & do Carmo Cruz Robazzi, M. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería . *Enfermeria Global*, 334-354.
- Angulo Álvarez, J. (2018). *Calidad de vida y satisfacción laboral del personal de enfermería de un hospital público nivel II – 2 del Minsa, Lima 2018*. Obtenido de file:///C:/Users/PAOLA/Downloads/Angulo_AJL.pdf
- Apaza Ayala, M. R., & Valladares Ramírez, E. L. (s.f.). *Repositorio Institucional de la Universidad Nacional del Santa* . Obtenido de 2015: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2596>
- Arias Gallegos, W., Tagueda Muñoz del Carpio, T., Delgado Montesinos, Y., Ortiz Puma, M., & Quispe Villanueva, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 331-344.
- Benalcázar Ávila , J. E. (2017). Síndrome de Burnout, en el personal de enfermería del primer nivel de atención en salud Distrito 10D01 . Ibarra, Imbabura, Ecuador.
- Bianchini Matamoros, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. . *Medicina Legal de Costa Rica*, 189-192.
- Caballero Pedraza, I. M., Vega Chávez, E. P., Contreras Torres, F., & Gómez Shaikh, J. J. (2017). Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes Psicologicos*, 87-105.

- Castillo Ramirez, S. (2001). El Síndrome de "Burn Out" o Síndrome de Agotamiento Profesional. *Medicina Legal de Costa Rica*, 11-14.
- Clínica Galatea. (30 de Julio de 2018). *Agotamiento emocional de los profesionales de la salud*. Obtenido de <https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/agotamiento-emocional-profesionales-salud/#:~:text=El%20agotamiento%20emocional%20es%20un,de%20tipo%20emocional%20o%20cognitivo>.
- Comisión Nacional de Bioética. (15 de 04 de 2013). *Comisión Nacional de Bioética*. Obtenido de Comisión Nacional de Bioética: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Obtenido de https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Constitución de la República del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de Constitución de la República del Ecuador: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Contreras T, F., Juárez A, F., & Murrain K, E. (27 de 09 de 2018). *Pensamiento Psicológico*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/52201667.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). (2018). Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf
- española, A. d. (s.f.). *Real Academia de la Lengua*. Obtenido de <https://dle.rae.es/estr%C3%A9s>

- Gil Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica.com*.
- Gil Monte, P. R., Peiró Silla, J., & Valcárcel, P. (1995). *Eudem*,. Obtenido de El síndrome de burnout entre profesionales de Enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5052187>
- Gutiérrez Strauss, A. M., & Vilorio, J. C. (2014). Riesgos Psicosociales y Estrés en el ambiente laboral. *Revista Científica Salud Uninorte*.
- Hidalgo Vicario, M. (Enero de 2016). *Síndrome de desgaste profesional*. Obtenido de <https://www.pediatruiintegral.es/publicacion-2016-01/sindrome-desgaste-profesional/>
- Jofré A, V., & Valenzuela S, S. (2005). Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Aquichan*.
- Ley Orgánica de Salud. (22 de Diciembre de 2006). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de Ley Orgánica de Salud: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Méndez , C., Barra, R., & Pradines, C. (2007). Percepción de Calidad de Vida en Personal de Atención Primaria de Salud. *Index de Enfermería*, 31-33.
- Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos a la calidad de la atención en enfermería. *Scielo*.
- Nogareda Cuixart, S. (2015). *Fisiología del Estrés*. Obtenido de https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_355.pdf/d0c209e9-026e-4d85-8faf-5a9fcea97276
- Organización Mundial de la Salud . (s.f.). Obtenido de https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Calidad de Vida*. Obtenido de

https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida

Organización Mundial de la Salud (OMS). (Noviembre de 2007). *Elsevier*. Obtenido de

Estrés y burn out. Definición y prevención: [https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-](https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,biol%C3%B3gico%20necesario%20para%20la%20supervivencia)

[13112896#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,biol%C3%B3gico%20necesario%20para%20la%20supervivencia](https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,biol%C3%B3gico%20necesario%20para%20la%20supervivencia).

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Principios Éticos*. Obtenido de Principios Éticos:

<https://www.who.int/es/about/ethics/ethical-principles>

Peirò, J. M. (14 de Julio de 2014). *DESENCADENANTES DEL ESTRÉS LABORAL*.

Obtenido de

https://www.researchgate.net/profile/Jose_Peiro5/publication/228786101_Desencadenantes_del_estres_laboral/links/0a85e53c40d9148b9a000000.pdf

Psicología Clínica Sanitaria Madrid, T. y. (s.f.). *Psicólogos Toledo*. Obtenido de

<https://psicologiaaplicada-toledo.com/realizacion-personal/>

Ramírez Juárez , A. O. (s.f.). *Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescente escolarizados*. Obtenido de Tesis :

https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf

Ramírez Zhindón, M. d. (2015). *UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA*.

Obtenido de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=132097#:~:text=Presentaron%20mayor%20riesgo%20de%20burnout,y%20de%20ansiedad%2C%20neuroticismo%20y>

Rea Ruanova, B. (s.f.). *Los tres niveles de Atención en Salud*. Obtenido de

<https://www.meditips.com/los-tres-niveles-atencion-salud/>

- Rivera Rojas, F., Ceballos Vásquez, P., & Vilchez Barboza, V. (2017). Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: Conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. *Scielo*.
- Rodríguez Barbosa, L. (2018). *Identificación de los factores que influyen en la calidad de vida laboral en el caso del Centro*. Obtenido de https://bdigital.ueexternado.edu.co/bitstream/handle/001/1488/DNA-spa-2018-Identificacion_de_los_factores_que_influyen_en_la_calidad_de_vida_laboral;jsessionid=0A87AEF2C4E32827F41C8CBA5C81FB8A?sequence=1
- Romera Iruela, M. J. (2003). Calidad de vida en el contexto familiar: dimensiones e implicaciones políticas. *Intervención Psicosocial*, 47-63.
- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). *Síndrome de Burnout*. Obtenido de Medicina Legal de Costa Rica: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es.
- Salgado Roa, J. A., & Lería Dulčić, F. J. (2019). Burnout, satisfacción y calidad de vida laboral en funcionarios de la salud pública chilenos. *Universidad y Salud*, 06-16.
- Salud, O. M. (2002). *Programa Envejecimiento y Ciclo Vital*. . Obtenido de Envejecimiento activo: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (22 de Septiembre de 2017). *Plan Nacional de Desarrollo*. Obtenido de Plan Nacional de Desarrollo: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 53-62.

- Tapia Montenegro, A. (2017). *Repositorio Universitario*. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8225/1/PG%20649%20TESIS.pdf>
- Vega, N., Sanabria, A., Domínguez, L., Osorio, C., & Bejarano, M. (2009). Síndrome de desgaste profesional. *Revista Colombiana de Cirugía*, 138-146.
- Vidotti, V. M., Galdino, J. T., Quina Ribeiro, M. J., Perfeito, R., & Lucia do Carmo, R. M. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*,.
- Vignolo , J., Vacarezza , M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 7-11.
- Vilagut, G. F.-M.-S. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. . *Gaceta Sanitaria*, 135-150.
- Viloria Marín,, H., & Paredes Santiago, M. (2002). Estudio del síndrome de Burnout o desgaste profesional en los profesores de la Universidad de Los. *Educere*, 29-36.

Apéndices

Apéndice 1. Operacionalización de variables

• Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente al personal sanitario en estudio.						
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR
Características Sociodemográficas	Dependiente	Cuantitativa	Son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (Ramirez Juárez)	✓ Edad	Menor de 30 años 30 – 40 años Mayor de 40 años	✓ Porcentaje de la población por grupo de edad.
				✓ Sexo	Masculino Femenino	✓ Porcentaje de la población por sexo.
				Profesión	Médico Enfermera Técnico de Atención Primaria de Salud Psicólogo Obstetra Odontólogo	✓ Porcentaje de profesionales de por nivel de instrucción. ✓ Porcentaje de población por auto identificación étnica.
				✓ Etnia	Mestizo Indígena Mulata Afro descendiente Blanca	✓ Porcentaje por estado civil de la

				✓ Estado Civil ✓ Número de hijos ✓ Residencia	Soltera Casada Unión Libre Separada Divorciada Viuda Ninguno 1 a 2 3 o más Zona Urbana Zona Rural	población en estudio ✓ Porcentaje de número de hijos. ✓ Porcentaje de zona residencial de la población
--	--	--	--	---	---	--

- **Objetivo 2: Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud de la atención primaria.**

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR
Nivel de estrés	Dependiente	Cuantitativa	Una escala determinada de la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicopatológicas o trastornos psicológicos a veces graves. (española, s.f.)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cansancio emocional ✓ Despersonalización ✓ Realización Personal 	Agotamiento emocional (A.E)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de profesionales que tengan la percepción emocional de fraude ante el trabajo. 2. Porcentaje de profesionales que tengan Agotamiento al término de la jornada. 3. Porcentaje de profesionales que tengan Agotamiento frente a una nueva jornada de trabajo. 4. Porcentaje de profesionales que tengan cansancio

					<p>Despersonalización (D)</p> <p>Realización personal (R.P)</p>	<p>ante el trabajo con gente.</p> <p>5. Porcentaje de profesionales que tengan Desgaste Laboral</p> <p>6. Porcentaje de profesionales que tengan frustración ante el trabajo.</p> <p>7. Porcentaje de profesionales que tengan jornada laboral excesiva.</p> <p>8. Porcentaje de profesionales que tengan cansancio ante el contacto directo con la gente.</p> <p>9. Porcentaje de profesionales que tengan percepción de estar al límite en el trabajo</p> <p>1. Porcentaje de profesionales que tengan percepción</p>
--	--	--	--	--	---	---

						<p>del trato hacia los beneficiarios como objetos impersonales.</p> <p>2. Porcentaje de profesionales que tengan percepción de frialdad ante la gente.</p> <p>3. Porcentaje de profesionales que tengan preocupación por endureciendo emocional.</p> <p>4. Porcentaje de profesionales que tengan despreocupación por los pacientes.</p> <p>5. Porcentaje de profesionales que tengan percepción de culpabilidad por parte de beneficiarios en el lugar de trabajo.</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<ol style="list-style-type: none">1. Porcentaje de profesionales que tengan percepción de buen entendimiento hacia las personas.2. Porcentaje de profesionales que tengan percepción de efectividad de los problemas de las personas a las que se atiende.3. Porcentaje de profesionales que tengan percepción de influencia positiva en las vidas de otras personas.4. Porcentaje de profesionales que tengan percepción de carácter enérgico en el trabajo.5. Porcentaje de profesionales que
--	--	--	--	--	--	---

						<p>tengan percepción de facilidad de crear un clima agradable en el trabajo.</p> <p>6. Porcentaje de profesionales que tengan percepción de estimulación de trabajado con beneficiarios</p> <p>7. Porcentaje de profesionales que tengan percepción de obtención de beneficios en el trabajo</p> <p>8. Porcentaje de profesionales que tengan percepción de adecuado trato en cuanto a problemas emocionales.</p>
--	--	--	--	--	--	---

- **Objetivo 3: Identificar la calidad de vida de los profesionales de atención primaria pertenecientes al distrito 10d02.**

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR
Calidad de vida	Independiente	Cuantitativa	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social. (Salud, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Físico ✓ Psicológico ✓ Social 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nunca ✓ Raramente ✓ Moderadamente ✓ Frecuentemente ✓ Siempre 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Porcentaje de profesionales que tengan referencia a satisfacción de su salud física. ✓ Porcentaje de profesionales que tengan referencia de satisfacción en base a salud psicológica ✓ Porcentaje de profesionales que tengan referencia de satisfacción de relaciones sociales.

Apéndice 2. Solicitud para realización de trabajo de investigación.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001- 073 CEAACES - 2013 - 13

INSTITUTO DE POSGRADO

Oficio 132-D
Abril 16, 2021

Doctora
Rosa Lucía del Carmen Alta Lima
DIRECTORA DEL DISTRITO 10D02

De mi consideración:

Solicito de manera comedida se brinde las facilidades y acceso a información requerida de la institución que usted acertadamente dirige a la licenciada Paola Estefanía Carlosama Sarmiento, estudiante de la maestría en Salud Pública mención Enfermería Familiar y Comunitaria, que se encuentran desarrollando su proyecto de trabajo de grado orientado a: **"INFLUENCIA DEL SÍNDROME BURNOUT EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL SANITARIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL DISTRITO 10D02 AÑO 2021"**.

Por la atención, le agradezco.

Cordialmente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO",

MSc. Lucia Yépez V.
DIRECTORA POSGRADO

Maria E. R.

INSTITUTO DE POSGRADO
DIRECCIÓN



Av. 17 de Julio s - 21 y José María Córdova
Ciudadela Universitaria Barro El Ocho
Teléfono: (06) 2997800 Casilla 199
E-mail: info@utn.edu.ec
www.utn.edu.ec
Ibarra - Ecuador

Apéndice 3. Aprobación para la aplicación del instrumento en la Institución.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Coordinación Zona1 - Salud
Dirección Distrital 10D02 Antonio Ante – Otavalo - Salud

Oficio Nro. MSP-CZ1-10D02-2021-0078-O

Otavalo, 19 de abril de 2021

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD INFORMACION Y ACCESO PROYECTO DE GRADO

Señora Magíster
Lucía Cumandá Yépez Vásquez
Directora del Instituto de Postgrado
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
En su Despacho

En referencia al Memorando MSP-CZ1-10D02-VUACD-2021-0269-E, el mismo que textualmente cita:

"Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar facilidades información y acceso para el proyecto de grado a la Lic. PAOLA ESTEFANIA CARLOSAMA SARMIENTO".

Con este antecedente me permito Autorizar a Lic. Paola Estefanía Carlosama Sarmiento, estudiante de la Maestría en Salud Pública mención Enfermería Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica del Norte y dar las facilidades del acceso a la información para el proyecto de grado "INFLUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL SANITARIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL DISTRITO 10D02 AÑO 2021", para lo cual se debe coordinar con el responsable de Provisión y Calidad de los servicios del Distrito 10D02 Antonio Ante Otavalo Salud para su correcta ejecución.

Atentamente,

Dra. Rosa Lucia del Carmen Alta Lima
DIRECTORA DISTRITAL 10D02 ANTONIO ANTE - OTAVALO - SALUD

Referencias:
- MSP-CZ1-10D02-VUACD-2021-0269-E

Anexos:
- solicitud_informacion_y_acceso_proyecto_de_grado0385995001618857188.pdf

Copia:
Señor Doctor
William Antonio Chavez Jaramillo
Líder de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud(E) -10D02

Dirección: 13 de Junio y Av. Panamericana Norte. Esquina. Teléfono: 593-6-2903-753
Código Postal: 100201 / Otavalo – Ecuador www.saludzonal.gob.ec



**sembramos
Futuro**

Lenín



Apéndice 4. Consentimiento Informado por medio Google Forms.

8/7/2021

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE INSTITUTO DE POSGRADOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE INSTITUTO DE POSGRADOS

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

MENCIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Reciba usted un cordial y afectuoso saludo, la presente encuesta es parte del estudio titulado "Influencia del Síndrome Burnout en la calidad de vida del personal sanitario del primer nivel de atención del Distrito 10D02 año 2021" el cual tiene como objetivo general "Evaluar la Influencia del Síndrome Burnout en la calidad de vida del personal sanitario del primer nivel", por lo que se solicita su colaboración. De antemano agradecemos su participación y pedimos responder de la manera mas sincera posible.

***Obligatorio**

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: Yo, Ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntariedad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para participar en esta investigación. He tenido suficiente tiempo para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. *

Marca solo un óvalo.

☐ Acepto

☐ No acepto